

INFORME MÉDICO

Parte A: Examen físico – Esta sección debe ser completada por un médico o un asociado médico.

Nota al Médico:

_____ está postulando para ser _____
(Nombre del solicitante)

Su opinión sobre el estado de enfermedad física o mental de esta persona que pudiera ser perjudicial para la atención de niños es un factor decisivo en su aprobación. Tenga la seguridad que esta información será usada sólo con fines de autorización/aprobación. Con el propósito de cumplir con este requisito se tomará en cuenta un examen físico al que se hubiera sometido el postulante en el año anterior a esta solicitud.

Fecha en que se evaluó al solicitante: _____ ¿Está el solicitante bajo tratamiento por enfermedad crónica?

____ Sí ____ No De ser así, ¿cuál es el diagnóstico? _____

¿Qué medicamentos se le han recetado? _____

Estado general de salud: _____

¿Existe algún factor emocional, mental o físico que pudiera interferir con la capacidad de esta persona para cuidar a niños en su casa? _____

Esta sección sólo debe ser completaba si el solicitante presenta alguna reacción a las pruebas T.B. y no ha completado el curso de terapia INH.

Verifique si esta persona no está infectada si presenta una reacción a las pruebas de T.B.

Firmado: _____ Fecha: _____
Firma del médico o asociado médico

Revise la parte posterior de este formulario para informe de pruebas de T.B y vacunas.

Parte B: Pruebas de T.B. - Esta sección debe ser completada por una enfermera, asociado médico o médico.

Nota al personal médico:

Los reglamentos de autorización exigen que el solicitante y cada miembro de su familia mayor de 1 año de edad deban recibir la prueba de tuberculina mantoux. Las personas que reaccionan a las pruebas de T.B. y han completado un curso de terapia INH están exoneradas de la prueba. Las personas que reaccionan a las pruebas de T.B. pero no han completado un curso de terapia INH deben ser referidas a un médico para comprobar si no tienen la enfermedad. Registre los resultados de la prueba T.B. a continuación.

Firmado: _____ Fecha: _____

Firma de la enfermera, asociado médico o médico

Parte C: Registro de vacunación – Esta sección debe ser completada por el solicitante y sirve para controlar las vacunas de sus propios hijos menores de 18 años. Indique las fechas de las vacunas en el casillero adecuado. La Ley de Dakota del Sur permite excepciones a la vacuna por motivos médicos y religiosos si la vacuna pusiera en riesgo la salud del niño o si la religión de uno de sus padres prohibiera la vacunación. Informe al trabajador social si desea reclamar una excepción.

Certifico que este es el registro correcto de vacunación de mis hijos.

Firmado: _____ Fecha: _____
Firma del solicitante